

Grupo de alimentação saudável NutriAção na Atenção Primária à Saúde: uma estratégia de promoção da saúde e combate a obesidade em um Centro de Saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina

Douglas Oliveira Vieira

RESUMO

A obesidade é um dos fatores principais para a carga global de doenças crônicas não transmissíveis, o que representa um problema de saúde pública, devido ao aumento acelerado em suas prevalências. Relatar a experiência da criação e implantação do grupo de alimentação saudável, intitulado NutriAção em um Centro de Saúde no município de Florianópolis. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. A criação do grupo NutriAção parece apontar para uma maior integração e diálogo das equipes de saúde da família com a equipe multiprofissional, repercutindo na troca de conhecimento entre os diversos núcleos e indicando uma saída de um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar, repercutindo na prática educativa. A realização desta ação proporcionou o fortalecimento à promoção da saúde como estratégia de produção de saúde e impactou na redução do número de doenças crônicas.

Palavras-chave: Obesidade. Promoção da saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is one of the main factors for the global burden of chronic non-communicable diseases, which represents a public health problem, due to the accelerated increase in their prevalence. **Objectives:** Report the experience of creating and implementing a healthy eating group, entitled NutriAção in a health center in the city of Florianópolis. **Methodology:** This is a descriptive study, an experience report type. **Results:** The creation of NutriAção group seems to point to greater integration and dialogue between family health teams and the multidisciplinary team, resulting in the exchange of knowledge between the different groups and indicating a way out of an individualized or fragmented work process. **Conclusion:** Carrying out this action strengthened health promotion as a health production strategy and had an impact on reducing the number of chronic diseases.

Keywords: Obesity. Health promotion. Primary health care

Revista da Rede APS 2023

Publicada em: 20/10/2023

DOI:10.14295/aps.v5i3.301

Douglas Oliveira Vieira
(Universidade Federal de Santa Catarina)

Correspondência para:

Douglas Oliveira Vieira
(srt.douglas-vieira@hotmail.com)

INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos fatores principais para a carga global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) sendo considerada um problema de saúde pública, devido sua alta prevalência e associação com efeitos adversos à saúde cardiovascular e metabólica, em idade cada vez mais precoce (SILVA et al., 2008).

As tendências de transição nutricional decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas neste século direcionam para uma dieta mais ocidentalizada, com o aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras, redução do consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo (LERARIO et al., 2012).

Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a). Desta forma, a obesidade precisa ser tratada com estratégias e atenção em saúde, incluindo a reeducação alimentar, atividade física, apoio psicológico e, em alguns casos, tratamento cirúrgico.

A pesquisa Vigitel de 2019, no conjunto de todas as capitais brasileiras, apontou que a frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sendo semelhante entre homens e mulheres. Entre as três capitais do Sul do Brasil, Florianópolis apresentou o menor percentual de obesos (17,8%) e pessoas com excesso de peso (53,6%) maiores de dezoito anos, no entanto esse dado se torna preocupante quando se concluiu que mais da metade da população está com excesso de peso e comparada com a pesquisa realizada em 2010, quando observa-se o aumento de 14,4% em 2010 para 17,8% em 2019. A proporção de homens obesos aumentou de 15,5% em 2010 para 18,8% em 2019, e a de mulheres foi de 13,4% para 16,8% (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, o atendimento compartilhado em grupo é uma das principais ferramentas na Atenção Primária à Saúde, o que proporciona o rompimento da assistência fragmentada. Além disso, o apoio de uma equipe multiprofissional

se apresenta como um recurso importante, uma vez que potencializa o atendimento em conjunto com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no qual a alimentação e nutrição como estratégia de promoção e prevenção das DCNT possibilita o incentivo de escolhas de hábitos mais saudáveis no tocante à alimentação adequada (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como uma doença de etiologia complexa, multifatorial e cujos mecanismos que a desencadeiam ainda não foram totalmente elucidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Enquanto doença é resultante do acúmulo excessivo de gordura corporal tem sido tradicionalmente diagnosticada a partir de um indicador antropométrico adotado pela OMS em 1995, o Body Mass Index (BMI) ou Índice de Massa Corporal (IMC) ou ainda Índice de Quételet, que é obtido por meio do cálculo da relação entre o peso corporal (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros). Por meio deste parâmetro são considerados obesos os indivíduos adultos cujo cálculo do IMC apresenta valor igual ou superior a 30 kg/m².

Segundo Weerarathna, Lekamwasam e Rodrigo (2008), o IMC é um indicador antropométrico que apresenta boa correlação com a gordura corporal total e com as alterações metabólicas associadas à obesidade. O risco de desenvolvimento de comorbidades ou de DCNT aumenta progressivamente na medida em que aumenta o IMC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; GUH et al., 2009). Apesar disso, ressalta-se que o IMC, mesmo sendo útil para avaliar o excesso de gordura corporal total, devido à sua simplicidade, rapidez e baixo custo, é um indicador que não descreve a ampla variação que ocorre na composição corporal (ANJOS, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Assim, indivíduos com um mesmo IMC podem apresentar diferentes percentuais de gordura corporal (RODRIGO, 2008).

Os dados mundiais, indicam que a prevalência da obesidade começou a aumentar a partir da década de 1980, período em que a doença atingia apenas 6% da população adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Desde então,

estudos voltados para o acompanhamento da obesidade vêm identificando aumentos contínuos em sua prevalência (STEVENS et al., 2012).

No Brasil, por exemplo desde a década de 1970 diversos estudos vêm sendo realizados no país para identificar o aumento da obesidade, como o Estudo Nacional sobre Despesas Familiares (ENDEF) de 1974-1975, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) de 1996-1997, e as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 e de 2008- 2009 (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; IBGE, 2010).

No caso específico do Brasil, dados do ENDEF e da POF sobre despesas familiares com alimentação, mostram que entre 1974-1975 e 2008-2009 houve no país uma redução de 60% na aquisição domiciliar de arroz polido e de 49% na de feijão. Paralelamente, a participação de frutas e vegetais na dieta dos brasileiros se manteve baixa ao longo de todo esse período, independente do segmento populacional (participação estimada em 3-4% do valor calórico total da dieta, quando deveria ser de pelo menos 9% em uma dieta de 2000 calorias). Por outro lado, a aquisição de alimentos industrializados (embutidos, biscoitos, refeições prontas, etc.) e de bebidas açucaradas apresentou um aumento em torno de 300-400% (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000; IBGE, 2004; 2010).

Há uma dupla carga de condições nutricionais demarcando os dois polos da transição nutricional no Brasil, onde de um lado registram-se a obesidade e por outro lado o sedentarismo (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010).

De acordo com os dados desses estudos, enquanto entre 1974-1975 e 2008-2009 a prevalência da desnutrição apresentou acentuado declínio entre crianças e adultos do país, no mesmo período a prevalência da obesidade praticamente triplicou, passando de 5,4% para 14,7% (BRASIL, 2010). Dados de outra pesquisa representativa nacional, a PNS de 2013 mostram-se ainda mais preocupantes, indicando a presença da doença em 20,8% da população adulta do país (BRASIL, 2015a).

Em homens, o levantamento da pesquisa nacional Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2014), a obesidade se mostrou mais frequente nas regiões Norte (19,7%) e Sul (19,5%), do que nas regiões Sudeste (17,4%), Nordeste (17,3%) e Centro-Oeste (16%) do país. Em mulheres, as diferenças segundo regiões foram menos marcantes, mas não menos importantes. Mais uma vez a maior prevalência de obesidade foi identificada na região Norte (19,6%) quando comparada às demais regiões do país (Sul: 18,6%; Nordeste: 18,6%; Centro-Oeste: 18,1% e Sudeste: 17,6%) (BRASIL, 2015b).

Em nível local, Florianópolis aparece entre as capitais da região Sul do Brasil com a menor prevalência de obesidade (14,3% entre adultos) (BRASIL, 2015b), todavia, ainda assim elevada, resultado este que é corroborado pelo resultado de outro estudo de base populacional em nível local (16,1%) (SILVA, 2012).

Outros estudos têm chamado a atenção acerca dos fatores demográficos e socioeconômicos (sexo, idade, cor da pele, estado civil, renda e escolaridade) e sobretudo para os comportamentais (dieta e atividade física) como responsáveis pelo aumento nas prevalências da obesidade (RTVELADZE et al., 2013).

Segundo Tardido e Falcão (2006), essa substituição crescente da refeição familiar mais completa e balanceada, pelo consumo de refeições fora do lar e de alimentos industrializados, vêm progressivamente alterando os hábitos alimentares da população brasileira, e contribuindo para a delimitação de um padrão alimentar ocidentalizado, rico em gorduras, sódio e/ou açúcar refinado e pobre em fibras e micronutrientes essenciais (CHAVES, 2008).

Nesse cenário, iniciativas de promoção e prevenção no combate a obesidade se mostra fundamental, sobretudo porque vários trabalhos vêm levantando a hipótese de que mudanças no consumo alimentar possam determinar mudanças também no estado nutricional (DICKER et al., 2008; AGARWAL et al., 2015; TROESCH et al., 2015).

Portanto, esse trabalho tem o objetivo de relatar a experiência da criação e implantação do grupo de alimentação saudável, intitulado NutriAção em um Centro de Saúde no município de Florianópolis, pertencente ao Distrito Sanitário Sul, como uma iniciativa pioneira de promoção e prevenção da obesidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado a partir da criação e implantação de um grupo para atendimento coletivo da obesidade no serviço de Atenção Primária à Saúde, em conjunto com o nutricionista da equipe multiprofissional (e-multi sul), a partir das demandas das equipes de ESF. Seu público alvo compreende adultos, com diagnóstico de obesidade com 18 anos ou mais de idade, sexo masculino e feminino, residentes exclusivamente no bairro Carianos do município de Florianópolis.

O Centro de Saúde pertence ao Distrito Sanitário Sul e possui 03 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Distrito Sanitário Sul tem em seu território 13 centros de saúde, 1 policlínica municipal e 1 unidade de pronto atendimento.

A equipe multiprofissional (e-multi Sul) que atende o CS Carianos é composta por 05 profissionais de saúde de diversas áreas, sendo 1 assistente social, 1 profissional de educação física, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo e 1 nutricionista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais das ESF juntamente com o nutricionista da equipe multiprofissional (e-multi Sul), observando a realidade local do bairro, a responsabilidade da Atenção Básica, e considerando a disposição de equipe multiprofissional, visando fornecer um apoio integral e igualitário ao cuidado da obesidade, realizaram no segundo semestre de 2022, uma reunião de planejamento com profissionais do Centro de Saúde, com o objetivo de discutir e planejar as ações do grupo de alimentação saudável NutriAção, e assim, tornar realidade no bairro, suprimindo a necessidade local e evitando o alto número de atendimentos

individuais para as ESF e conseqüentemente ao nutricionista.

Após as discussões e pactuações entre os profissionais e tendo em vista o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, além de estratégias sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, foi elaborado um pequeno Plano de Ação local pelo nutricionista.

Seguida de toda mobilização das ESF em conjunto com o nutricionista, divulgando a abertura do grupo alimentação saudável, intitulado NutriAção, com confecção de avisos no Centro de Saúde, preenchimento de uma lista de pré-cadastro/interesse em participação deixada para cada equipe de ESF e distribuição de convite com data, horário e local do primeiro encontro/reunião do grupo, somada à divulgação nas redes sociais.

Assim, os próprios profissionais do Centro de Saúde, em especial os médicos e enfermeiros, se mostraram solidários no redirecionando/encaminhando dos pacientes para participação no grupo. Aos agentes comunitários de saúde (ACS), que tem o conhecimento de sua área de abrangência, ficou a incumbência de avisar a comunidade de cada micro área sobre a abertura do grupo, pois a partir da sua participação/inclusão, os profissionais que conduzem o grupo identificavam os possíveis pacientes que necessitavam realmente do atendimento individual mais especializado.

Ao final do período de mobilização, onde já se tinha um número significativo de usuários, foi realizado o primeiro encontro presencial, contando com a participação da coordenação do Centro de Saúde, juntamente com os participantes, para pactuação acerca da frequência dos dias de encontro, elaboração de cronograma, horário mais acessíveis, permitindo a participação social e universal de todos os usuários na tomada de decisão.

Como resultado da deliberação, decidiu-se por encontros semanais, às quintas-feiras, com duração média de 60 minutos (15h às 16h), no auditório do Centro de Saúde com temáticas definidas previamente em conjunto para cada

encontro, sendo baseadas no guia alimentar para a população brasileira.

ADMISSÃO NO GRUPO

O ingresso no grupo é livre para adultos e sem regulação, aberto a qualquer cidadão residente no bairro Carianos com cadastro ativo no Centro de Saúde, entretanto, é precedido de triagem com avaliação antropométrica, realizada pelos profissionais de saúde. Todos os pacientes com obesidade são encaminhados ao grupo de acordo com a classificação do IMC.

Compreendem a não indicação para participar do grupo indivíduos com transtornos de comportamento alimentar, psicopatias graves, dependência química, tentativa de suicídio, insuficiência orgânica grave, doenças neoplásicas, infecciosas e inflamatórias. Na triagem dos indivíduos aptos, são realizadas as respectivas inscrições, a partir de fichas de cadastro e acompanhamento pré-estabelecidas, a cargo dos profissionais de apoio das equipes de ESF.

O profissional nutricionista participa de todas as fases do grupo, realizando avaliação nutricional e acompanhamento, orientação dietética (dietas, mastigação, horários, alimentos, preparo) e quando necessárias consultas de seguimento individual. Nos encontros são discutidos as expectativas e o nivelamento das informações reais sobre a obesidade enquanto uma doença crônica. Os temas abordados contemplam o consumo alimentar, distúrbio alimentar e mastigação, doenças associadas à obesidade e tratamento clínico da obesidade: atividade física, dietoterapia, farmacoterapia e o processo da cirurgia bariátrica (risco/benefícios).

Na participação do profissional de psicologia é possível a detecção de distúrbios que requerem acompanhamento psiquiátrico, bem como uso de álcool ou drogas, além de outros transtornos psiquiátricos. Quando necessário, é realizado atendimento individual. E nos temas são abordados adaptação ao novo estilo de vida, avaliação constante de possíveis distúrbios psiquiátricos (TOC, Depressão, Compulsões), imagem corporal, autoestima, mudanças de comportamento, imagem corporal,

autocuidado e autoestima. Enquanto, com o profissional de educação física, são realizadas práticas corporais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do grupo NutriAção possibilitou um maior diálogo com as equipes de saúde da família, além disso, a troca de conhecimento entre os diversos núcleos de saberes parece apontar a saída de um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar, repercutindo, inclusive, nos atendimentos individuais, ampliando a perspectiva clínica do profissional, ou seja, há um caráter técnico-pedagógico no matriciamento que se reflete na transformação do cuidado produzido pelos profissionais de saúde com os usuários.

Iniciativas de integralização e participação popular como foi proposta no grupo NutriAção, visam fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com obesidade, por meio da integralidade, amplia o acesso ao uso de materiais utilizados como apoio na prática educativa em alimentação e nutrição, fortalece a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde, incentiva o aumento da prática de atividade física, amplia o apoio psicológico, aumentando a autonomia dos indivíduos nas escolhas de modos de vida mais saudáveis e reduzindo o número de doenças crônicas não transmissíveis, além de potencializar as ações intersectoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, S. et al. Comparison of prevalence of inadequate nutrient intake based on body weight status of adults in the United States: an analysis of NHANES 2001-2008. *Journal American College Nutrition*. v. 34, n. 2, p. 126-34, 2015.

ANJOS, L. A. Avaliação nutricional de adultos em estudos epidemiológicos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARATA, R.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 113-20. Série Epidemiologia.

BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L. V. Transição alimentar/nutricional ou mutação antropológica? *Revista Ciência e Cultura*, v. 62, n. 4, p. 26-30, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2008.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Acesso em 7 mar 2023. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2011. Acesso em 09 mar 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 152p. Acesso em 7 mar 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília, 2019.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS): percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas no Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

CHAVES, V. L. V. Estudo de prevalência e fatores de risco do sobrepeso e da obesidade em adolescentes masculinos [tese de doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, 2008, 234p.

DICKER, D. et al. Relationship between dietary calcium intake, body mass index, and waist circumference in MABAT: the Israeli National Health and Nutrition Study. *The Israel Medical Association Journal*, v. 10, p. 512-515, 2008.

GUH, D. P. et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, v. 25, n. 9, p. 88, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, suppl. 1, p. 4-5, 2003.

LERARIO, D. D. G.; GIMENO, S. G.; FRANCO, L. J.; IUNES, M.; FERREIRA R. G. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. *Rev Saúde Pública*, 2012.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 251-258, 2000.

RODRIGO, M. Prediction of total and visceral fat contents using anthropometric measures of adiposity in women. *The Ceylon Medical Journal*, v. 53, n. 4, p. 128-132, 2008.

RTVELADZE, K. et al. Health and economic burden of obesity in Brazil. *PLoS One*, v. 8, n. 7, p. 687-685, 2013.

SILVA, K. S, NAHAS, M. V, HOEFELMANN, L. P, LOPES, A. S & OLIVEIRA, E. S. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*, p. 159-68, 2008.

SILVA, D. A. Indicadores antropométricos de obesidade e fatores sociodemográficos e de saúde associados à pressão arterial elevada em adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2012, 172p.

STEVENS, G. A. et al. National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics*, v. 10, n. 1, p. 22, 2012.

TARDIDO, A. P; FALCÃO, M. C. The impact of the modernization in the nutritional transition and obesity. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006.

TROESCH, B. et al. Increased intake of foods with high nutrient density can help to break the intergenerational cycle of malnutrition and obesity. *Nutrients*, v. 7, p. 6016-6037, 2015.

WEERARATHNA, T. P.; LEKAMWASAM, S.; RODRIGO, M. Prediction of total and visceral fat contents using anthropometric measures of adiposity in women. *The Ceylon Medical Journal*, v. 53, n. 4, p. 128-132, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity (WHO Technical Report Series 894). Geneva, 1998, 275 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). Geneva, 2000, 252 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. World Health Estatistic 2012. Acesso em 7 mar 2023. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en